

Ett ekonomiskt-historiskt perspektiv på psykiatrins tillväxt i början av 1900-talet i Sverige

Steinn Steingrímsson

Kandidatuppsats, vårtermin 2021

Handledare: Susanna Fellman

Avdelningen för ekonomisk historia, institutionen för ekonomi och samhälle vid

Handelshögskolan

Göteborgs universitet

Innehåll

Sammanfattning	2
I. Inledning	3
II. Syfte och problemformulering.....	7
III. Forskningsläge	8
IV. Teoretisk utgångspunkt	11
V. Metod.....	13
VI. Empiriska resultat	15
VII. Analys.....	26
VIII. Slutsatser.....	28
IX. Författarens tack.....	29
X. Summary in English.....	29
XI. Käll- och litteraturförteckning	30
XII. Appendix.....	35

Sammanfattning

Från sekelskiftet 1800 till slutet av 1900-talet växte sinnessjukvård från att vara en oorganiserad improviserad hemmavård, och i enstaka fall omhändertagande på kyrkliga inrättningar, till att vara en av statens bastjänster. Psykiatrin började under hela denna period, professionaliseras, psykiska sjukdomar medikaliseras och vården förstatligas. Sekelskiftet 1900 blev en vändpunkt då psykiatrisk verksamhet började expandera allt snabbare. I denna uppsats granskas årsrapporter för fyra redan etablerade hospital under perioden 1890–1910 för att undersöka hur arbetssätten ändrades. Fokus är på om vissa grupper ökade bland de intagna; män eller kvinnor, boende på land eller i stad, eller om tyngden lades på att öka de intagnas arbetsinsatser. Vid genomgång av digitala årsrapporter kan små ändringar skönjas där könsskillnaderna blev mindre, andelen från landsbygden jämfört med stad minskade, andelen som skrevs ut minskade. Arbetsinsatserna var ungefär samma i början och slutet av perioden. Den samlade slutsatsen är att registerdata kan användas för att undersöka hospital kring sekelskiftet 1900, men måste tolkas i sitt historiska sammanhang.

Sökord: psykiatri, sinnessjukvård, hospital, tillväxt, professionalisering.

I. Inledning

Denna uppsats belyser verksamheten på fyra hospital i Sverige kring sekelskiftet 1900 och framställer hur förändringar i verksamheterna kan förstås i relation till de samhällsförändringar som ägde rum under perioden 1890–1910.

Åren 1846 och 1864 avskaffades regelverken kring skrån i Sverige och mot slutet av seklet började industrialiseringen ta fart, och även om ingen enskild tidpunkt kan fastställas, kan 1890-talet fram till första världskriget ses som särskilt viktig.¹ Mellan 1890 och 1930 växte bruttonationalprodukt i Sverige med 2,1 % jämfört med 1,5% 1850 till 1890.² Under denna period blev större delen av befolkningen en del av det industrialiserade samhället där handeln ökade och moderna storföretag började ta form.³ Det var inte bara storleken på befolkning och handel som förändrades utan även lagar, regler och normer. Storföretag började massproducera och utvecklingen medförde att samma företag började expandera i flera verksamheter än sin ursprungliga, som Alfred Chandler redovisade i sin studie *Scale and Scope*.⁴ Vidare kan den varaktiga ökade tillväxten i svensk industri från 1890-talet kopplas till omvandling från äldre branscher (järn- och sågverk) till de mera moderna (verkstäder, pappersindustri och konsumtionsvaror).⁵ Två av de största samhällsomvandlingarna från andra hälften av 1800-talet till första världskriget var ökad mobilitet bland befolkningen (dvs. både flytt från land till stad och emigration utomlands) och även en demokratisering med ökade rättigheter och ökad rättssäkerhet.

Psykiatrins historia studeras ofta i idé-, medicinsk- och socialhistoriska sammanhang, men ekonomiskhistoriska förklaringsmodeller är mera sällsynta.⁶ Ekonomisk historia är mångfacetterad med olika traditioner och i denna uppsats är fokus på de ekonomiska frågorna i en vidare mening dvs. "ekonomisk historia kombinerar både en ekonomisk och historisk

¹ Se till exempel Andersson-Skog & Magnusson, 2018: kapitel 4; Magnusson, 2016: s. 275; Nordin, 2019: s. 79; Schön, 2014a: s. 194.

² Magnusson, 2016: s. 276. Det kan vara värt att nämna att tillväxten ökade i takt efter perioden som denna uppsats behandlar men detta kommer inte tas upp här.

³ Se till exempel Rider, 1999; kapitel 17; Schön, 2014b; kapitel 4.

⁴ Chandler, 1990.

⁵ Schön, 2014a: s. 197-8.

⁶ Dock finns flertal exempel som Eva Eggebys avhandling om Danvikens dårhus från mitten av 1700-talet till 1860-talet där vårdförlopp, kostnad och intäkter analyseras (Eggeby, 1996), antologin "Work, psychiatry and society, c. 1750-2015" (Ernst, 2016) och Parry-Jones analys av privatägda sinnessjukhus i Englands 1700- och 1800-tal (Parry-Jones, 1972).

analys”.⁷ Detta kan verka som en tautologi men det är viktigt att beakta att ekonomisk historia har en lång tradition med olika strömningar där ofta medicinska och psykiatriska frågor lämnats åt medicinska och socialhistoriska traditionerna.

Att psykiatrins historia hamnar inom olika fält kan ha många förklaringar och en är att definitioner inom området är svårfångade. Själva ordet psykiatri är nog bästa exemplet där ord som galenskap, sinnessjukdom, dårar med mera används för olika beteende som ansetts vara avvikande och faller inom psykiatrins historia.⁸ I denna uppsats anses professionell psykiatri avse den organisation med underliggande institutioner som uppstod i England och Frankrike i slutet av 1700-talet som sedan växer och spreds till andra länder.⁹

Trots ringa konkreta arkivkällor och lämningar är det ingenting som talar för att det inte skulle ha funnits psykiska störningar sedan urminnes tider. Det finns ett antal exempel som talar om liknande tillstånd som vi i dag betraktar som psykiska störningar. Ett exempel som kan nämnas är en beskrivning från Assyrien av ett fall av en förvirrad person som har många likheter med dagens beskrivning av affektiv psykos, nedtecknat ca 600–700 år f.v.t.¹⁰ Möjligen kan nedtecknad lagstiftning som urskiljer sinnessjuka från icke-sinnessjuka vid brottsgärning vara några av de viktigaste källorna där särbehandling diskuteras i bibelns femte Mosebok och i romersk rätt.¹¹

Ofta anses en vändpunkt i psykiatrins historia ha varit i slutet av 1700-talet då Philip Pinel (1745–1826) fick i uppdrag av franska staten att inrätta en vårdinrättning som passade in i revolutionens anda av allas lika värde.¹² I England hade en liknande utveckling ägt rum i slutet av 1700-talet där William Tuke (1732–1822) med sin son Henry Tuke (1755–1814) och sonson Samuel Tuke (1784–1857) förvaldade en icke-medicinsk institution som uppbar liknande tankar om att bevara de sinnessjukas värdighet och inte behandla med grymhet. Historikern Jan Goldstein beskriver i sin studie *“Console and classify”* på ett ingående sätt hur Pinels lärjungar, där Jean-Étienne Esquirol (1772–1840) ingick, var med i att skapa en ny

⁷ Andersson-Skog et al., 2020: s. 42.

⁸ I litteraturen på engelska väljer många att använda *“madness”* som ett samlingsbegrepp för att undvika att jämföra psykiatrin mellan epoker när betydelsen av denna institution har varierat och varit ibland del av staten, privatägd eller under kyrklig frivillig verksamhet. Se till exempel Scull, 2015.

⁹ Se till exempel Shorter, 1997: kapitel 1; Uddenberg, 2015: s. 356-366.

¹⁰ Parys, 2014.

¹¹ Svennerlind, 2009.

¹² Se till exempel Shorter, 1997 och Uddenberg, 2015.

professionalisering av omhändertagandet av sinnessjuka.¹³ Utifrån institutionell och pedagogisk syn kan denna cirkel av lärjungar, som arbetar inom en tradition med egna normer för lärande och undervisning, tolkas som mycket viktiga för att skapa en kultur som blir bestående.¹⁴

I Sverige har det funnits omhändertagande av personer med psykisk ohälsa sedan långt tillbaka¹⁵, och det moderna professionella omhändertaget kan härledas till i slutet av 1700-talet¹⁶ och speciellt till 1826 då Sveriges första heltidsanställda läkare inom sinnessjukvård anställdes i Vadstena, Georg Engström (1795–1855).¹⁷

Stora framsteg gjordes inom medicin under 1800-talet, speciellt under den andra halvan och då framförallt inom celllära, bakteriologi, kirurgi, narkos, folkhälsa med mera. Rudolf Virchow (1821–1902) anses ofta vara den som grundar modern medicin där histopatologi, dvs. celländringar skulle kunna redovisas för uppvisade symtom för att tillstånd skulle kunna definieras som sjukdom.¹⁸ Virchow var dock verksam inom flera områden och arbetade också med utveckling av folkhälsa och hygien. Inom infektiösa sjukdomar¹⁹ är Ignaz P. Semmelweis (1818–1865) arbete välkänt; att tvätta händer efter hantering av lik innan man tar emot barn räddar liv, en framgångssaga som öppnade alltmera för upptäckande av flera patogener.²⁰ De viktigaste namnen som följer är Louis Pasteur (1822–1895) och Robert Koch (1843–1910) som i Frankrike respektive Tyskland ledde var sitt forskningslaboratorium där det kunde konstateras att bakterier 1) är organismer, 2) orsakar sjukdom och 3) kunde påverkas även om direkt medicin kom först senare.²¹ I samband med Semmelweis fokus på hygien började man även använda narkos vilket gav förutsättningar för kirurgiska ingrepp utöver ytlig behandling.

¹³ Goldstein, 1987.

¹⁴ Inom pedagogik är sociokulturellt lärande ett vida diskuterat begrepp (ex Lave & Wenger, 1991; Lave, 2019; Wenger, 1998) som kan kopplas till Douglass C. Norths ekonomisk-historiska institutionella teori. North påpekar hur lagar och regler som formella institutioner påverkar den fysiska organisationen. Det vill säga att när en organisation består över tid skapar denna möjlighet för sociokulturellt lärande som sedan i sin tur kan påverka utvecklingen av organisationen (se t ex North, 1990; North, 2005).

¹⁵ Till exempel kan Göteborgs Hospitals ursprungliga anor spåras tillbaka till 1200-talet i Gamla Lödöser (Brockman, 1994: s. 26-28).

¹⁶ Eggeby, 1996.

¹⁷ Qvarsell, 1982.

¹⁸ Se t ex Uddenberg, 2015 och Lerner, 2012. Lerner behandlar hur Virchows cellteori ändrade i grunden medicinskt tänkande till att härleda sjukdom till specifika organ i kroppen.

¹⁹ Här kan dock påpekas att prevention av smittkoppar lyckades framställas under 1700-talet och metoderna spred sig snabbt i många länder. De första vaccinationerna förekom i Sverige 1801 (Sköld, 2005).

²⁰ Uddenberg, 2015.

²¹ Goetz, 2014; Latour, 1988; Uddenberg, 2015.

Bl.a. Joseph Listers (1827–1912) arbete under 1860-talet banade väg för alltmer komplex kirurgi.²²

Framstegen i medicinsk vetenskap ledde till att ett flertal akademiker ansåg att psykiatrin borde följa med i utvecklingen. Wilhelm Griesinger (1817–1868) anses ofta som förespråkare för denna växling från separerat verksamhet för omhändertagande av sinnessjuka och övrig medicin till att närma sig dessa två discipliner.²³ Griesinger med flera ansåg att sinnessjukdom borde anses vara del av vanlig medicinsk forskning och därmed att psykiatriska sjukdomar torde vara hjärnsjukdomar eller i varje fall biologiska sjukdomar. Efter Griesingers död var det flera som fortsatte denna akademisering av psykiatrin där Emil Kraepelin (1856–1926) blev det mest kända namnet, efter att han gett ut en lärobok som kom i ett flertal utgåvor och som lästes av de flesta verksamma inom psykiatri. Från sista kvartalet av 1800-talet till första världskriget kan det därför anses att denna första våg av biologisk psykiatri²⁴ var under stark påverkan av tyska författare och idéer.

Perioden från mitten av 1800-talet och framåt innebar också stora förändringar i svensk psykiatri. Cecilia Rivings doktorsavhandling "Icke som en annan människa" beskriver den ändring mellan lokalsamhället och offentlig vård som skedde under andra halvan av 1800-talet och som präglades av en överföring av ansvaret för vården från närsamhället (ofta med stöd av kyrkan) till psykiatriska inrättningar.²⁵ År 1861 tillförordnades den första professuren i psykiatri vid Karolinska Institutet när Wilhelm Öhrström (1821–1891) tillträdde tjänsten²⁶, även om sinnessjukdomar hade ingått i medicinsk utbildning länge.²⁷ Närmare sekelskiftet 1900 började den psykiatriska verksamheten utökas markant, vilket behandlas längre fram.

En annan samtida utveckling blev en mer öppen diskussion om psykiska tillstånd inom allmänheten, som t.ex. melankoli, neurasteni och hypokondri, utan att detta skulle ingå i psykiatrin.²⁸ Då behandling av neuroser och det som kom att kallas psykopater faller utanför psykiatrisk verksamhet i början av 1900-talet, kommer detta inte behandlas vidare i denna

²² Fitzharris, 2017.

²³ Engstrom, 2003.

²⁴ Enligt Shorter, 1997 kan psykiatrisk forskning igen fr.o.m. 1950-1960-talet börja anses vara biologiskt inriktat efter en period av stark påverkan av psykodynamiskt tänkande.

²⁵ Riving, 2008.

²⁶ Harding, 1975.

²⁷ Det finns bevarade noter från Carl von Linnés (1707-1776) föreläsningar om sinnessjukdomar 1746-1747 (Uddenberg, 2012).

²⁸ Johannisson, 2009; Johannisson, 1997.

uppsats, men det finns ett flertal studier om denna utveckling.²⁹ Från 1890 till första världskriget skedde en förändring i själva behandlingen där sängläge, flersalar och långbad blev vanligare.

II. Syfte och problemformulering

I den här uppsatsen är huvudfrågeställningen hur psykiatrisk verksamhet ändrades under denna period av snabb ekonomisk tillväxt och snabba medicinska framsteg. I grunden är det en bredare fråga om hur psykiatri och övrigt omhändertagande av sinnessjukdom förankrades i samhället. Perioden 1891–1910 har ett flertal intressanta infallsvinklar som t ex ett snabbt ökande antal vårdplatser, ändrad lagstiftning och samhällsförändringar som bl.a. industrialiseringen medförde. Ett sätt att operationalisera ändringarna är att undersöka verksamheten på hospitalen, även om det då endast ger en begränsad bild av en enda verksamhet i samhället. Denna verksamhet återspeglar dock just vilka individer det är som kom att vara inlagda och behandlade inom slutenvård under perioden. Detta i sin tur kan ge en idé om hur synen på sinnessjukdom förändrades i samhället då psykiatrisk verksamhet är del av samhället. Då uppsatsen måste avgränsas kommer de specifika empiriska frågorna om ändringar i inläggningar vara:

- Fanns det könsskillnader i inläggningar och förändrades detta över tid?
- Ändrades andelen patienter som kom från landsbygden respektive från stadsområden?
- Effektiviserades omhändertagandet av patienterna?
- Utökades antal vårdplatser för att öka den arbetsinsats som utfördes av de inlagda patienterna?

²⁹ En studie som är speciellt värd att ta fram är Annika Bergs studie om diagnoserna psykopater (inte att förväxla med den moderna tolkningen av begreppet) och kverulanter i 1930- och 1940-talet (Berg, 2018).

III. Forskningsläge

Tillväxt av psykiatri eller ökning av psykiska sjukdomar är frågor som väcker stort intresse i flera sammanhang och trots att det ofta är mer en medial uppmärksamhet så har tillväxten av psykiatri ofta varit diskuterat i akademiska sammanhang.³⁰ Det finns en tendens att använda en av två förklaringsmodeller för psykiatrins tillväxt i modern tid 1) den medicinska utvecklingen som ofta präglas av en positivistisk syn och 2) en förklaring utifrån social styrning, också kallad revisionistisk, medan en mera nyanserad blandning av båda har kallats post-revisionistisk, vilken blivit allt vanligare.³¹ Ett ihållande problem är att det ofta förekommer en värdeladdad position i att det skulle vara positivt eller negativt med utvecklingen, i stället för att man intar en neutral position då man analyserar förändringar i psykiatrins omfång i samhället.³² Dock är det ingen som har ifrågasatt att psykiatrisk behandling växte från och med 1800-talets början. Denna tillväxt ökade över tid och ur en rapport från 1915 framgår det att antalet platser på sinnessjukhus ökade under 1890-talet ännu snabbare (Tabell 1 & bild 1).³³

Tabell 1. Årlig ökning av vårdplatser för sinnessjuka i Sverige, 1860–1890 och 1890–1914.

Tidsperiod	Årlig ökning av vårdplatser	Årlig ökning av vårdplatser per 100,000 invånare
1860-1890	53,9	0,97
1890-1914	296,9	4,83

Källa: Guinchard, 1915.

Utifrån bild 1 kan två olika perioder observeras där antal platser växer med ca 1 om året för varje 100 000 invånare fram till 1890 för att sedan växa med närmare 5 platser om året (Tabell 1).

³⁰ Ett intressant sätt att undersöka uppmärksamhet är att använda dagstidningar där en artikel av Skagius och Nelsson (2021) visar hur media rapporterar om ungas hälsa 1968-2008. Huvudresultaten är att det var återkommande hur illa det är ställt med psykiska problem hos ungdomar där det ofta fattas en koppling till tidigare debatter och därmed får inläggen ofta en alarmistisk ton.

³¹ Riving, Møllerhøj & Sonne, 2006.

³² Det gäller också innehållet där behandling som leukotomi/lobotomi dvs. kirurgisk ingrepp på vissa områden i hjärnan, ofta får framstå som ett exempel på grym behandling. Historiska undersökningar presenterar dock ofta en mera nyanserad bild, se t ex El-Hai, 2005. I den boken återges historien av en av de främsta förespråkarna för lobotomi i USA som verkar ha brunnit för att hjälpa patienter och attsamtigt verkar han ha varit noggrann med att få patienters och anhörigas samtycke. I efterhand utmålas han dock ibland som en hänsynlös man som ville skära i alla.

³³ Guinchard, 1915.

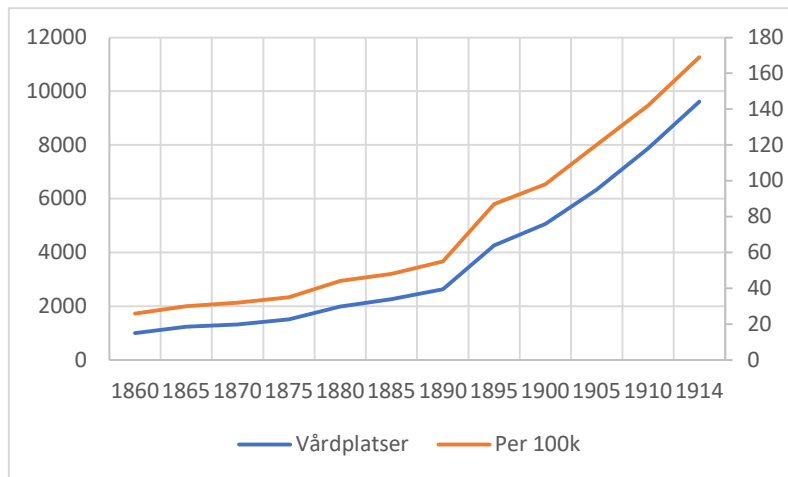


Bild 1. Vårdplatser i Sverige 1860–1914. Utveckling av antal vårdplatser vid hospital och asyl för sinnessjuka. Källa: Guinchard, 1915.

Peter Möllers idéhistoriska avhandling från 2017 behandlar en av de centrala gestalterna i psykiatrin under tidigt 1900-tal, Bror Gadelius (1862–1938).³⁴ Under sin livstid var han med om att arbeta fram mer humana arbetssätt inom psykiatri och lade fram en tes om hur psykisk sjukdom var, inte till sin art men mera till sin grad, något som särskiljer sig från friskt tillstånd³⁵. Detta användes som argument för att sinnessjuka borde behandlas på samma sätt som friska. Det pågick likaså en debatt om huruvida psykiatri borde vara ännu närmare övrig medicin eller separeras ännu mer, men det ledde inte till någon stor skillnad i själva utförandet.³⁶ Flertal behandlingsformer som kom att användas är värda att nämnas; öppna salar, psykoterapi och öppenvård.³⁷ Öppna salar var motsatsen till att ha inlagda patienter i enskilda celler och det infördes övervakningssalar på många hospital (Bild 2).

³⁴ Möller, 2019.

³⁵ Senaste decennierna har denna diskussion blivit alltmer aktuell där kritik mot psykiatriska diagnoser under 1970-talet banade vägen för en kriteriebaserat diagnostik där en störning skall kunna definieras utifrån förutbestämda krav (Decker, 2013).

³⁶ Detta har varit en återkommande eller till och med kontinuerlig debatt sedan 1800-talet där Jersilds bok "Den stökiga psykiatrin" är ett bra exempel (Jersild, 2015).

³⁷ Läkemedel vid psykisk sjukdom fick först ett stort genombrott vid mitten av 1900-talet även om vissa medikamenter användes flitigt tidigare.



Bild 2. En övervakningssal på Göteborgs Hospital ca 1900. Källa: Göteborgsstadsmuseum: <https://samlingar.goteborgsstadsmuseum.se/carlotta/web/object/359212>; ingen upphovsrätt och fotograf okänd.

Eivergård & Jönsson uttrycker det på följande sätt:

”Själva kärnan i denna sinnessjukvård, dess symbol, var cellen, det lilla kalla rummet med högt sittande fönster, avsett för oroliga och besvärliga patienter. Cellen isolerade, fängslade och oskadliggjorde den sjukes beteende. Men den gjorde också patienten osynlig och oåtkomlig för behandling” (s. 111).³⁸

Således blev det under den här perioden en förändring i själva omhändertagandet inne på hospitalen. Under perioden 1890–1910, var vanliga behandlingar sängläge, långbad, opiater och lugnande medicin (t ex brom).³⁹ Vidare har Appelquist et al. redovisat att tvångsåtgärder (t ex bältesläggning) var relativt sällsynt förekommande, även om det användes.⁴⁰

Utifrån ovanstående kan sägas att hospitalens tillväxt ofta analyserar utifrån omhändertagande av individer som bedöms lida av sinnessjukdom men i ekonomisk historiskt perspektiv är viktigt att påpeka att patienterna utförde arbetsuppgifter under sin vistelse. Eftersom det pågick under 1800-talet en stor diskussion och samhällsförändring vad avser ofri arbetskraft⁴¹ inklusive slavar bör det nämnas huruvida inläggningar på hospital skulle kunna

³⁸ Eivergård & Jönsson, 1997

³⁹ Agerberg & Åsberg, 2003; Appelquist et al., 2019; Appelquist, 2019.

⁴⁰ Appelquist et al., 2019.

⁴¹ Se till exempel Turley, 2000.

vara en ersättning av ofri annan arbetskraft. Detta blir dock ytterligare komplicerat då det inte fanns någon statlig verksamhet i den graden att kunna bekosta verksamheter utan att patienter, familj eller socken skulle betala.⁴² Idéen att patienter skulle utföra arbete på inrättningar ingick i behandlingstanken redan i början av 1800-talet.⁴³ Samtidigt fanns fattighusinrättningar där personer togs in som var fattiga och sysselsättningslösa där motivering utifrån sinnessjukdom användes inte ofta som anledning till intagning.⁴⁴

Utifrån ovanstående kommer den här uppsatsen att fokusera på den snabba ökningen av vårdplatser inom psykiatri i Sverige under perioden 1891–1910 och undersöka möjliga orsaker.

IV. Teoretisk utgångspunkt

Eftersom uppsatsen skrivs inom ämnet ekonomisk historia är det viktigt att avgränsa hur forskningsfrågorna både ställs och besvaras och att de anpassas till en ekonomiskhistorisk kontext. I likhet med Thomas Kuhns tes om paradigmskifte som äger rum när för många empiriska avvikelser från en vedertagen tes framkommer, är denna uppsats empiriskt upplagd, dvs. induktiv.⁴⁵ Samtidigt har denna förenklade syn på att endast en tes är allsmäktig inom forskning ifrågasatts och det tillämpas snarare en pluralistisk inställning utifrån Hasok Changs tes om "active scientific realism".⁴⁶ Det vill säga att empiriskt material analyseras utan att förkasta andra teser samt att undvika att lägga värdering i om en förändring är en förbättring eller försämring. Grundläggande tanken bakom att inte förkasta andra teser är att det inte är möjligt att visa en tes fel utan att bara testa en tes och om den är den mest användbara blir det den som kommer bli mest inflytelserik. Detta bör inte tolkas som att alla teser och idéer är likvärdiga. Ett starkt exempel är Foucaults "*History of Madness*", som Andrew Scull har beskrivit som fiktion⁴⁷ då texten inte förhåller sig till fakta eller källkritiskt tänkande, utöver att det inte heller följer akademiska krav på att hålla sig till uppdaterat

⁴² Eggeby, 1996, tar upp hur Danviken finansierades av mark och tullar i 1700 och 1800-talet.

⁴³ Ernst, 2016: s. 10

⁴⁴ Se till exempel Jakobsson, 1989, där han redovisar för en fattighusinrättnings historia i Stockholm där det förekommer diskussioner om sjukrum där det illustreras väl att gränsen mellan hospital och fattigvård har sannolikt ofta varit oklar.

⁴⁵ Se Gilje & Grimen, 2007; Kuhn, 1996. Kuhns bok utkom först 1962. I den lägger han fram en vetenskapsfilosofisk tes som blev mycket inflytelserik under andra halvan av 1900-talet (Lewens, 2015).

⁴⁶ Chang, 2012; Chang, 2004.

⁴⁷ Scull, 2019.

kunskapsläge.⁴⁸ Således kommer en lämplig datakälla att identifieras och undersökas för att kunna sättas i sammanhang med övrig litteratur.

Ett ramverk som kommer behandlas längre fram är Douglass C. Norths institutionella teori. I detta ramverk lyfts idén om att dela den historiska beskrivning mellan institution och organisation fram, där den förra innefattar det formella (lagar, regler) eller informella (normer, kultur) och den senare är den fysiska organisationen⁴⁹. Denna tradition har också benämnts neo-institutionalism och det anses att denna skulle kunna tolkas som ett neoklassiskt tänkande där institutioner läggs in i en modell med rationellt tänkande aktörer.⁵⁰

Baserat på en inställning av *active scientific realism* kommer således administrativa data undersökas och analyseras utan att försöka att förkasta eller bekräfta en tes. Denna analys kan sedan ge underlag för att diskutera i ekonomiskt-historiska termer ändringar i psykiatrisk verksamhet under studieperioden.

⁴⁸ Här kan det vara värt att påpeka att trots att denna bok har haft stor inverkan på psykiatrisk historiebeteckning - trots ringa historisk metodologi - är Foucaults tankar som filosof viktiga för psykiatrins och medicinens historia (se t ex Tengland, 2012).

⁴⁹ North, 1990; North, 2005.

⁵⁰ Roncaglia, 2005: sida 479.

V. Metod

V.1 Upplägg

Uppsatsen bygger på epidemiologisk design där registerdata för central styrning av hospital har insamlats. För att kunna undersöka förändringsmönster valdes fyra hospital som redan var i drift innan perioden. Dessa fyra är Göteborgs Hospital, Kristinehamn Hospital, Härnösand Hospital och Konradsberg (också känd som Stockholms Hospital). Frågeställningarna kommer att behandlas var och en för sig och sedan återkopplas resultaten till bakgrundslitteraturen och ekonomisk historiskt tänkande.

V.2 Årsrapporter

Denna uppsats baseras framförallt på årsredovisningar från Medicinalstyrelsens årsrapporter för perioden 1891–1910. Ursprungligen ämnade analysen att omfatta hela perioden fram till första världskriget, men då data för 1911–1914 är mycket bristfälligt (dvs. många år fattas) i digital form, begränsades perioden till 1910. Medicinalstyrelsens årsrapporter finns digitalt och nästan alla år finns bevarade för alla dessa fyra utvalda hospital. Ursprungligen var tanken att inkludera Nyköping Hospital men ingen årsrapport finns digitalt 1900-1910 så efter att denna hade inkluderats togs den bort då den inte ger data för senare decenniet. Dessa rapporter var obligatoriska att lämna in årligen⁵¹ och bör tolkas med försiktighet. En styrka i rapporterna är att dessa granskades och varje hospital gavs en möjlighet att ge synpunkter om sin verksamhet, medan en svaghet är att dessa kunde tolkas utifrån olika ideologier för att utgöra stöd för äskan om utökat antal vårdplatser. Men trots vissa brister ger dessa rapporter en rätt god bild av hur verksamheten ändrades över tid på respektive hospital.

V.3 Statistisk analys

Jag använder framförallt deskriptiv statistik. Denna statistik görs för antal inlagda fördelat på kön över tidsperioden samt hur fördelningen delen mellan patienter från landsbygden och från stad förändrades. Sedan granskas vårdlängd samt mortalitet och dagsarbeten som utförs på årlig basis. Tidsperioden indelas i fyra underperioder: 1891–1895, 1896–1900, 1901–1905 samt 1906–1910. Huvudsyftet är att undersöka förändringar under denna period och data kommer att analyseras grafiskt och numeriskt utan statistiska tester. Först redovisas siffror för

⁵¹ Norström, 2020.

varje hospital där genomsnitt för tillgängliga år används, och genomsnittligt antal (eller procentandel) samt spann redovisas.

V.4 Etiska överväganden

Alla rapporter som används i uppsatsen finns tillgängliga elektroniskt, men det är viktigt att komma ihåg att dessa administrativa rapporter beskriver verkliga människor som var inlagda på hospital. Även om alla individer som har kunnat förekomma i rapporterna är avlidna i dag är det viktigt att inte redovisa i detalj för någon enskild patient mer än vad som skulle vara nödvändigt samt att i användning av sådant material visa respekt för det som rapporteras om dem men också för de som rapporterar. I de fall en enstaka patientbeskrivning tas upp kommer denna ges pseudonym.

VI. Empiriska resultat

VI.1 Antal vårdade

Mellan 1891 och 1910 ökade total antalet som var inlagda eller utskrivna vid årsslutet vid alla fyra hospitalen (bild 3). Fullständiga data redovisas i Appendix I tabeller A1-A4 inklusive vilka år fattas. Mest ökning var på Kristinehamn hospital medan en blygsammare ökning fanns på Göteborgs Hospital och Härnösand. Vid Konradsberg var liknande antal vårdade under perioden.

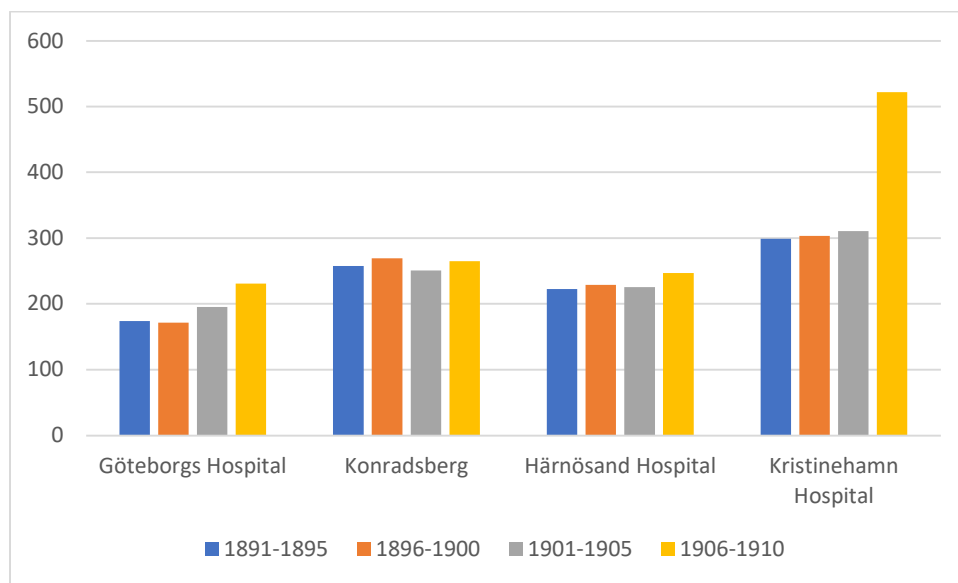


Bild 3. Genomsnittligt antal individer som vårdades årligen vid fyra Hospital 1891–1910. Källa: Medicinalstyrelsens årsrapporter: <https://sok.riksarkivet.se/medicinalstyrelsen>.

Vid dessa fyra hospital ökade patientantalet från 953 till 1265 eller en ökning med 33% (bild 4). Största ändringen äger rum under senaste perioden 1906–1910 medan förra tre låg liknande.

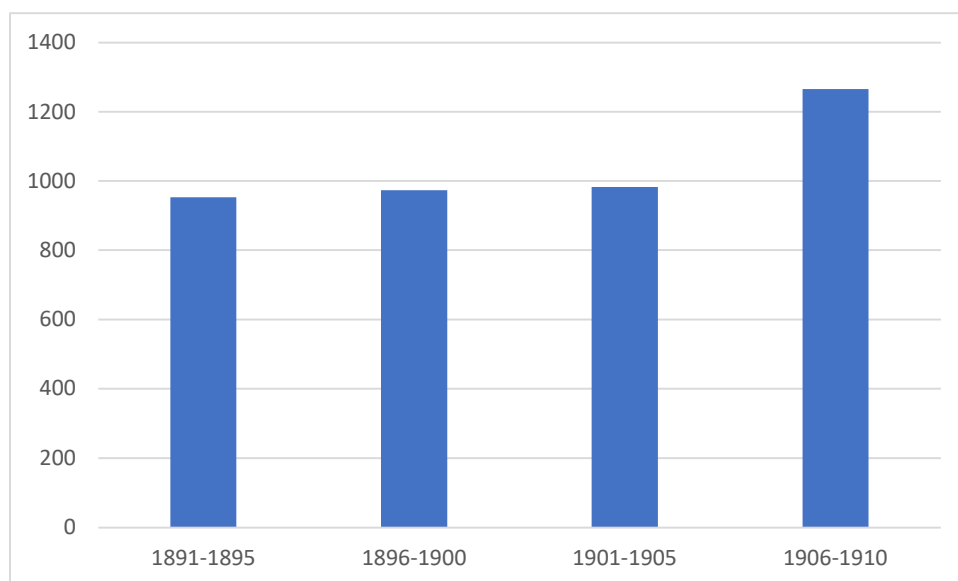


Bild 4. Genomsnittligt antal som vårdades årligen vid fyra Hospital 1891–1910. Källa: Medicinalstyrelsens årsrapporter: <https://sok.riksarkivet.se/medicinalstyrelsen>.

VI.2 Könsskillnader

Män utgjorde en liten majoritet av totala antalet inlagda patienter (bild 5) för de flesta år och perioder, dock vårdades lite flera kvinnor vid Konradsberg under senare hälften av perioden.

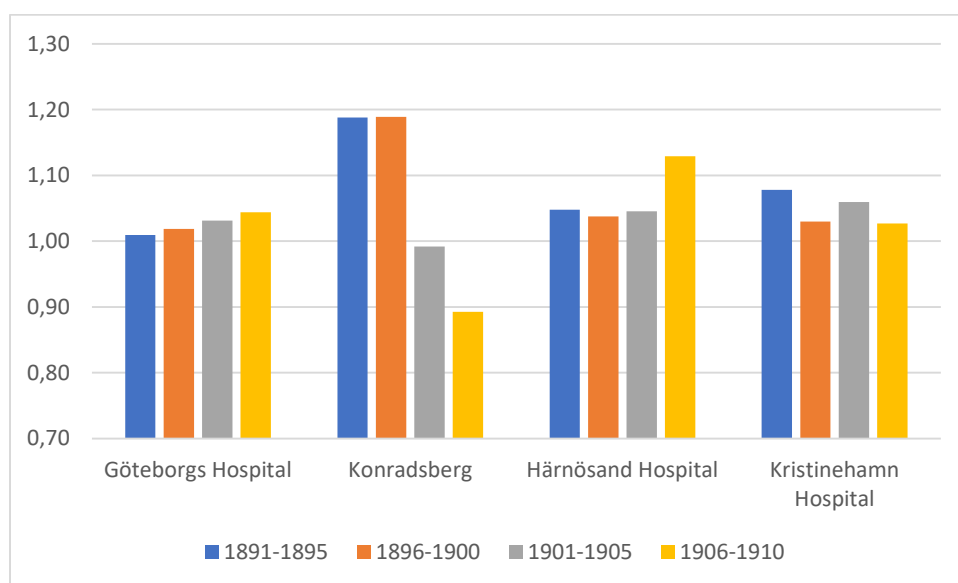


Bild 5. Andel män och kvinnor som vårdades vid fem separata hospital 1891–1910 där andel män per kvinna redovisas. Källa: Medicinalstyrelsens årsrapporter: <https://sok.riksarkivet.se/medicinalstyrelsen>.

När medeltal sammanställdes för de fyra hospitalen var andelen 1,08 män för varje kvinna som blev inlagd 1891–1895, men under 1906–1910 andelen män för varje kvinna 1,02 (bild 6).

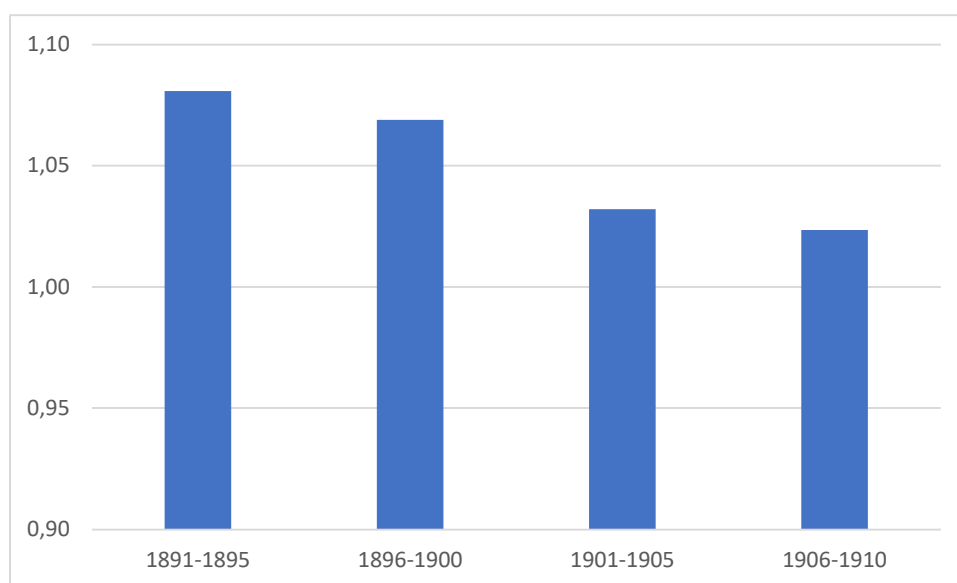


Bild 6. Genomsnitt av andel män per kvinna som vårdades vid 4 hospital 1891–1910. Källa: Medicinalstyrelsens årsrapporter: <https://sok.riksarkivet.se/medicinalstyrelsen>.

Fanns det könsskillnader i inläggningar och förändrades detta över tid? Från en skillnad på 0,08 mellan könen gick skillnaden nästan helt ner fram till sista perioden (0,02). Det förefaller dock att ha förekommit en liten skillnad, eftersom männen är i liten majoritet. Detta är ett intressant område som skulle kunna vara egen studie då könsskillnader i inläggningsmaterial kan vara en indikator på hur samhälle ser på viss problematik samt hur sjukvård diagnosticerar och omhändertar individer.⁵²

VI.3 Landsbygd eller stad

I början av perioden var stor skillnad mellan hospitalen i fördelningen mellan patienter som kom från landsbygd eller stad. I Stockholms Konradsberg hospital var andel patienter från landet i förhållande till patient från stad 0,58 (dvs. flera från stad) medan vid Härnösand Hospital var andelen 9,55 (bild 7).

⁵² Se t ex Steingrímsson et al., 2012, där registerdata används för att analysera könsskillnader i substansbrukdiagnoser från 1980-talet till 2000-talet i Island.

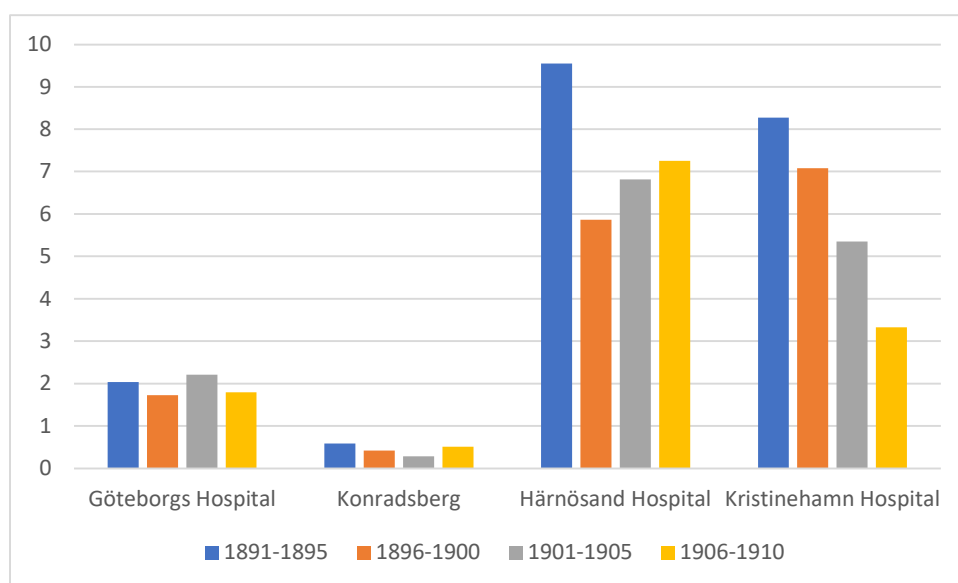


Bild 7. Andel inlagda patienter från landsort per patient från stad vid fyra hospital 1891–1910. Källa: Medicinalstyrelsens årsrapporter: <https://sok.riksarkivet.se/medicinalstyrelsen>.

När hospitalens årliga genomsnitt analyseras var andelen 5,1 från land mot 1 patient från stad i början av studieperioden, men detta förhållande var 3,2 i slutet dvs. en minskning med nästan 37 % (bild 8).

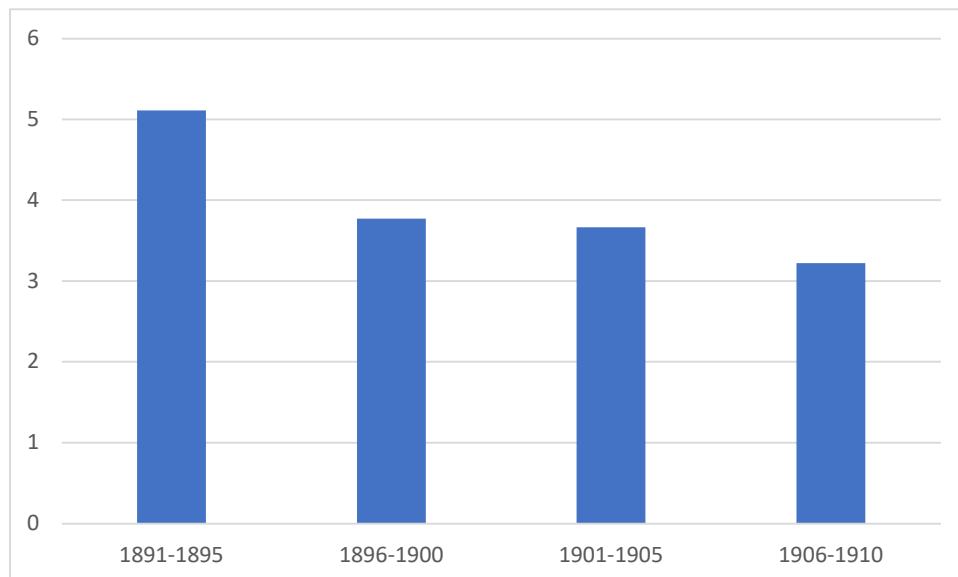


Bild 8. Genomsnittlig andel individer från landsbygd per individ från stad vid tillfället av inläggning vid fyra hospital 1891–1910. Källa: Medicinalstyrelsens årsrapporter: <https://sok.riksarkivet.se/medicinalstyrelsen>.

Ändrades andelen patienter som kom från landsbygden respektive från stadsområden?
Andelen som kom från landsbygd ser ut att ha minskat över perioden och kopplas sannolikt

starkt till att befolkningen under tiden flyttade alltmer till städer. Man kan också i bild 6 se att i hospitalen i Göteborg och Stockholm var skillnader mindre mellan de två grupperna än i de hospital som låg utanför större städer över perioden. Under perioden växte dessa storstäder snabbt som gällde generellt under dessa decennier i större städer på bekostnad av landsorter⁵³.

VI.4 Utskrivningstakt

Under ett år utskrevs mellan 10,5% och 39,6% av totala antalet inlagda patienter (Bild 9). Denna andel beskriver antal patienter som skrevs ut till hemmet som friska eller förbättrade, men också de som överfördes till asyl eller avled.

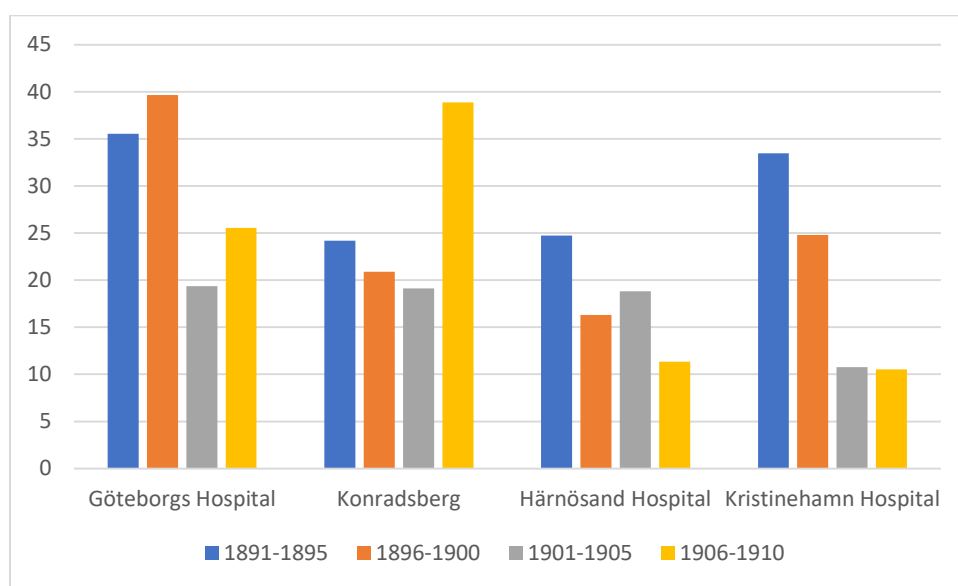


Bild 9. Andel (%) som blev utskrivna (avförda) under respektive period för fyra hospital 1891-1910.

Källa: Medicinalstyrelsens årsrapporter: <https://sok.riksarkivet.se/medicinalstyrelsen>.

Andelen av de som skrevs ut och bedömdes som tillfrisknade eller förbättrade gick ner över perioden, från lite över 14 % till ca 9 % (Bild 10).

⁵³ T ex växte Stockholm från 170 000 i 1880-talet med 50 000 till 80 000 varje decennium under sekelskiftet där liknande tillväxt förekom i Göteborg och Malmö (Schön, 2014a, s. 220).

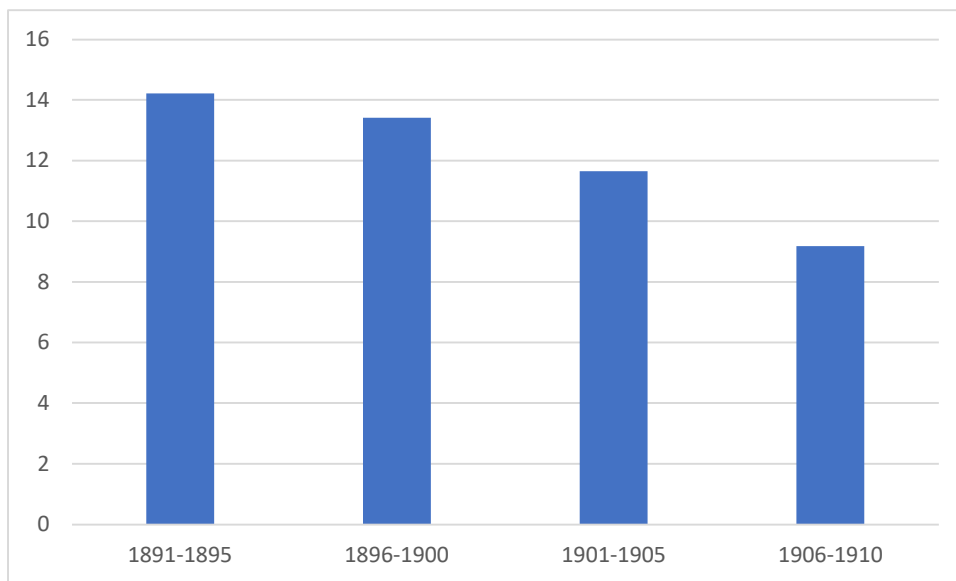


Bild 10. Andel (%) av inlagda som skrevs ut under kategori tillfrisknade eller förbättrade på fyra hospital 1890–1910. Källa: Medicinalstyrelsens årsrapporter: <https://sok.riksarkivet.se/medicinalstyrelsen>.

Andel som dog årligen under ineliggande vård varierade mellan 1,6 % och 6,5 % av alla vårdade under respektive period (Bild 11).

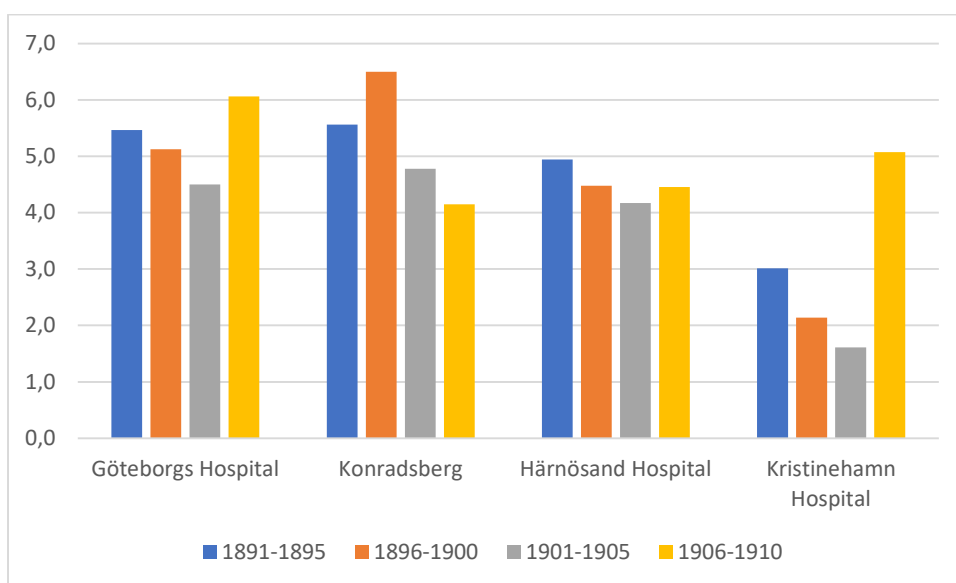


Bild 11. Andel (%) som dog årligen mellan 1891–1910 under ineliggande vård på fem hospital i Sverige. Källa: Medicinalstyrelsens årsrapporter: <https://sok.riksarkivet.se/medicinalstyrelsen>.

Under perioden 1901–1905 sjönk mortaliteten något: från lite under 5 % till under 4% men sedan steg den igen tillbaka till närmare 5% i sista perioden (Bild 12). Den avvikande siffran för Kristinehamn Hospital förklaras till en stor del av att i 1909 dog 20 patienter i tuberkulos

och ytterligare 8 i andra luftvägsinfektioner som kan jämföras med 7 som dog i 1907 i luftvägsinfektioner, tyvärr framgår ej i rapporten ytterligare information om någon endemisk infektion som kunde förklara detta hopp.

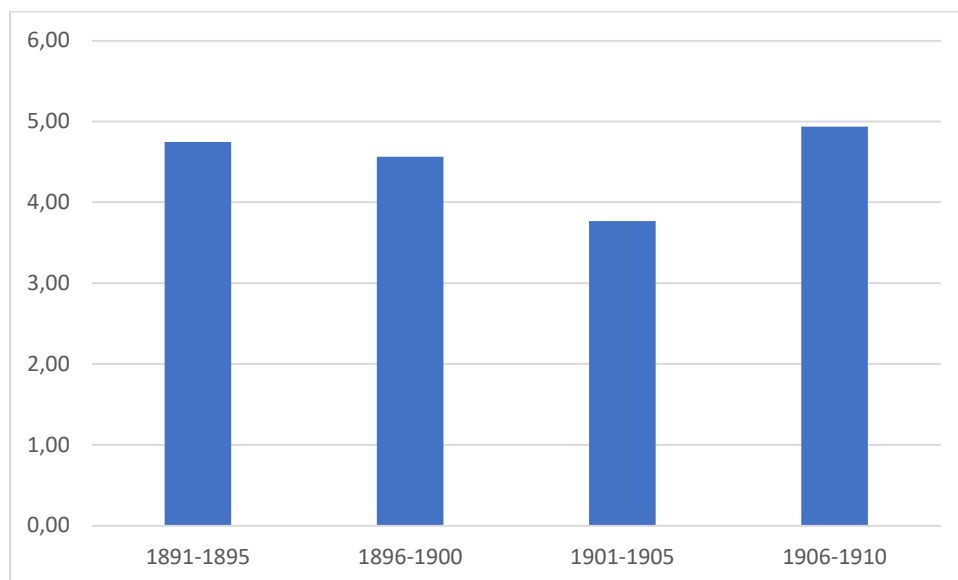


Bild 12. Årligt mortalitet (%) 1891–1910 under ineliggande vård på fyra hospital i Sverige. Källa: Medicinalstyrelsens årsrapporter: <https://sok.riksarkivet.se/medicinalstyrelsen>.

Effektiviserades omhändertagandet av patienterna? Denna fråga blir svårare att besvara då andelen som skrevs ut som förbättrade snarare minskade än ökade, men det kan innebära att antalet som bedömdes förbättrade ändå var av samma storlek men att kraven och stöd i samhället kan ha ändrats. Eftersom flertalet anhöriga hade flyttat i städer till mindre bostäder och ofta med mera tidsstyrt arbete kan omhändertagande i hemmet ha blivit svårare och gjort det svårare att kunna skriva ut patienter till hemmet. Mortaliteten verkar för det mesta ha varit stabil över hela perioden men varierar under vissa år.

VI.5 Arbetskraft

Ur årsrapporter framgår också antal arbetsdagar som patienter utförde mot en liten ersättning. Även utdelning av mat ingick (Appendix II). I rapporterna framgår det att utfört arbete var en viktig del av verksamheten, men först och främst var det en del av behandlingen/rehabilitering. Genomsnittliga antalet arbetsdagar som registrerades som utförda av patienterna varierade från 86 dagar till 168 per inlagd patient under ett år (Bild 13).

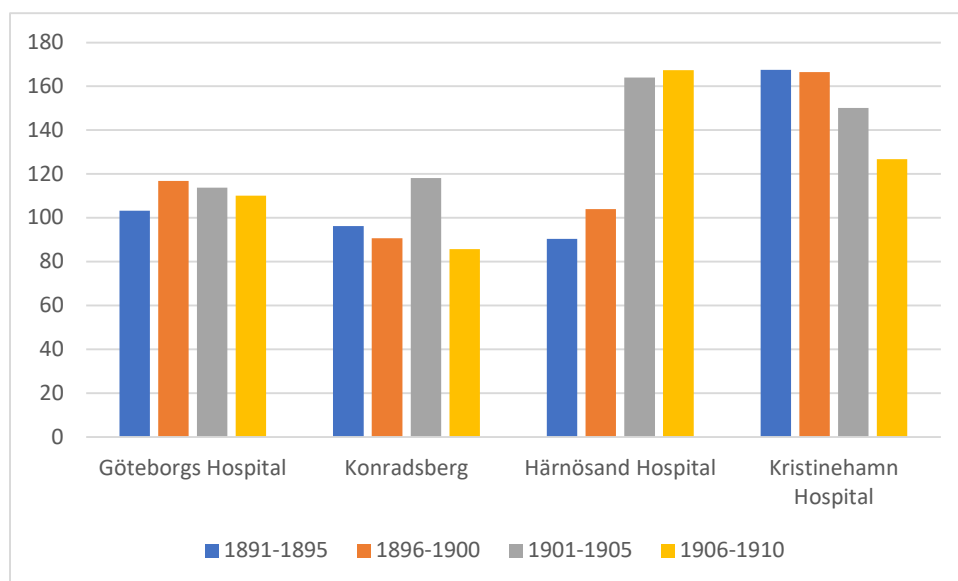


Bild 13. Antal arbetsdagar per vårdad patient 1891–1910 under ineliggande vård på fyra hospital i Sverige. Källa: Medicinalstyrelsens årsrapporter: <https://sok.riksarkivet.se/medicinalstyrelsen>.

Genomsnittliga antalet dagar på alla fyra hospitalen visade att arbetsinsatsen ökade från perioden 1891–1895 till perioden 1901–1905, medan den minskade igen efter det och fram till 1911–1914 (Bild 14).

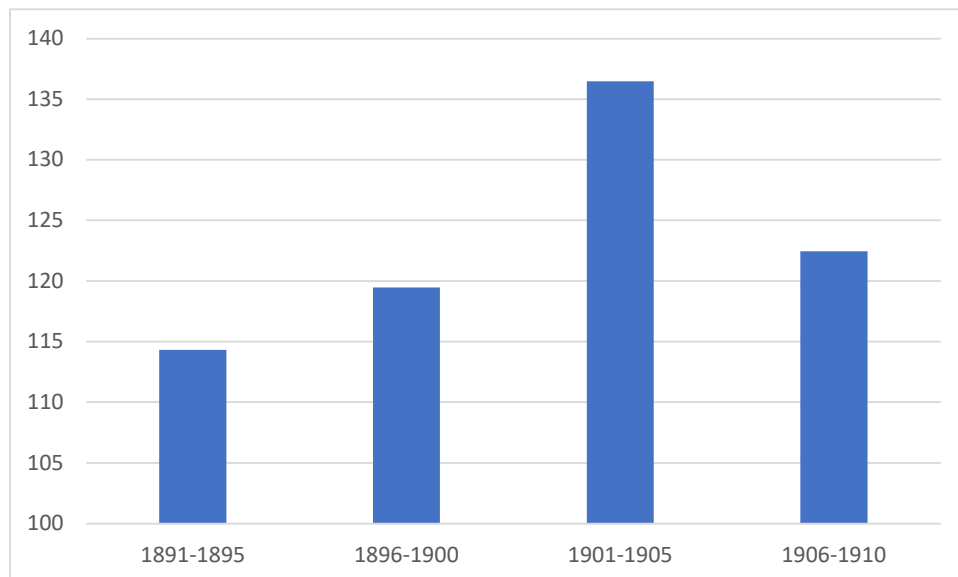


Bild 14. Genomsnitt årligt antal arbetsdagar per vårdad patient på fyra hospital 1891–1910. Källa: Medicinalstyrelsens årsrapporter: <https://sok.riksarkivet.se/medicinalstyrelsen>.

Då det är rikligt med information om dagsarbeten i rapporterna presenteras här informationen från Kristinehamns Hospital i 1894 (för kvinnor) och 1895 (för män) och 1905. Då kvinnor och män utförde

mycket olika arbetsuppgifter visas separat för könen. För män var i 1895 och 1905 trädgårdsarbete och annat yttre arbete vanligast (bild 15).

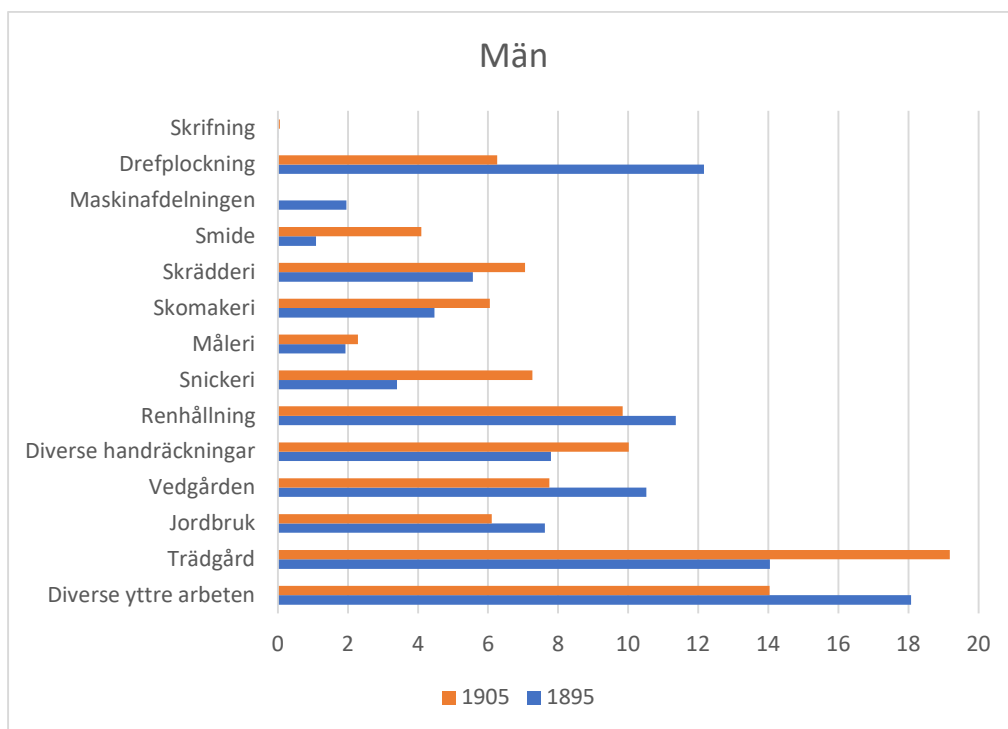


Bild 15. Arbetsuppgifter för män vid Kristinehamns Hospital 1895 och 1905. Källa: Medicinalstyrelsens årsrapporter: <https://sok.riksarkivet.se/medicinalstyrelsen>.

För kvinnor var inomhusarbete det vanligaste där olika sätt av vävnad och bearbetning av kläder var vanligast (bild 16).

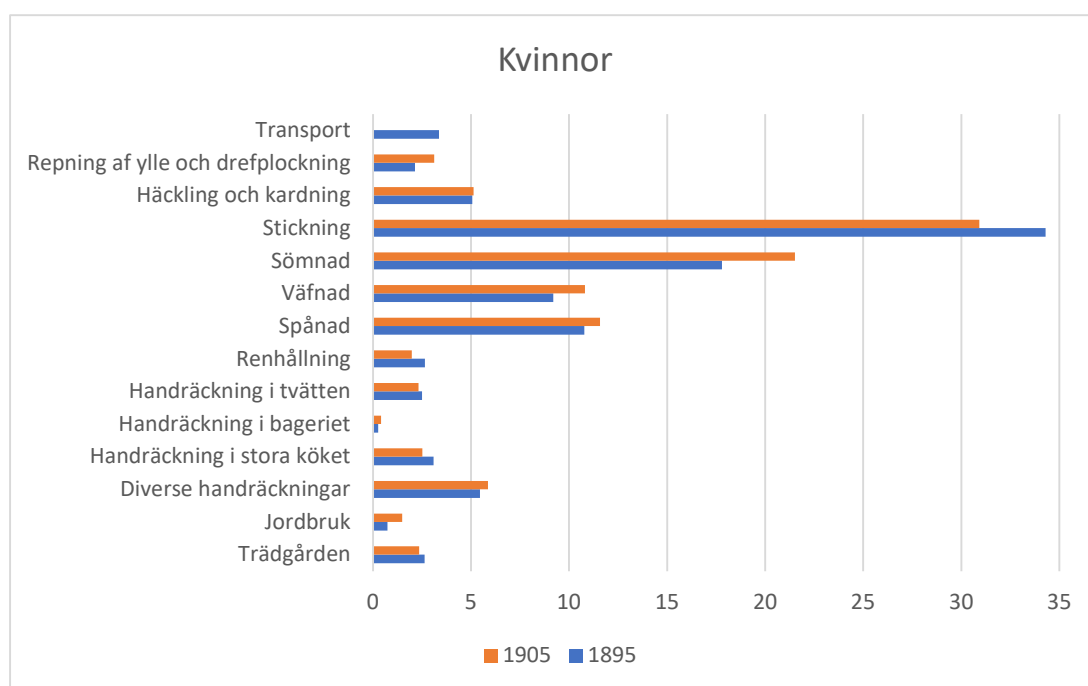


Bild 16. Arbetsuppgifter för kvinnor vid Kristinehamns Hospital 1894 och 1905. Källa: Medicinalstyrelsens årsrapporter: <https://sok.riksarkivet.se/medicinalstyrelsen>.

Utökades antal vårdplatser för att öka den arbetsinsats som utfördes av de inlagda patienterna? Denna centrala fråga, om hospitalen expanderade för att öka produktionen, är svårt att belägga. Detta är samstämmigt med flertal essäer i antologin "Work, psychiatry and society, c. 1750–2015" som analyserar bl.a. arbete i hospital i Sydasien, Brittiska Västindierna och nybyggarområden i Kanada.⁵⁴ Under studieperioden ökade antal arbetsdagar fram till 1901–1905 innan de börjar sjunka igen och når 1906–1910 ungefär samma nivå som under första perioden. Det finns ett flertal referenser om att arbetsinsatserna bör ses som del av behandlingen, t ex framgår följande ur Göteborgs Hospitals årsberättelse 1897:

"Då såsom känt är sysselsättning ingår som en mycket viktig del af sjukdomsbehandlingen blir angelägenheten att framkalla och underhålla de sjukes arbetslust en af hospitalsläkarens viktigaste uppgifter. Vid val af sysselsättning måste afseende fästas vid de sjukes föregående samhällsställning, uppfostran, yrke och anlag. Nyttans mera krassa synpunkter få icke här göra sig gällande, ty då få de sjuke lätteligen den föreställningen att de blifvit intagna på en arbetsinrättning. Sysselsättning är ett medikament, som vid ett välordnadt

⁵⁴ Ernst, 2016

hospital ordinera med hänsyn till individuella förhållanden.” (Årsberättelse från Göteborgs Hospital 1897).

Skillnaden mellan könen är en mycket intressant fråga och då inte minst att det var liten skillnad i utfört arbete mellan könen när detta räknades i arbetsdagar inne på hospitalen som kan ses i tabellerna i Appendix I där männen ligger lite högre flesta tidpunkter. I början av 1900-talet var ovanligt att kvinnor arbetade utanför hemmet och därmed ofta hamnade deras arbetsinsatser utanför räkenskaper för ekonomisk tillväxt⁵⁵. Ändå verkar arbetsinsatser varit räknade noggrant för både könen i årsrapporterna så dessa har sannolikt inte varit ansatta utan ekonomiskt intresse.

⁵⁵ Se t ex Stanfors, 2007, där på sidan 80 redovisas att det var flera än tre män för varje en kvinna som räknades som yrkesverksam i början av 1900-talet.

VII. Analys

Under studieperioden ökade antalet patienter som vårdades på de fyra hospitalen som ingick i analysen. Dessa år innebar en förändring i psykiatrin som återspeglas i det administrativa data som redovisats. Dock bör resultaten sättas i samband med övriga samtida strömningar.

Eftersom den psykiatriska verksamheten utökas utan andra större uppenbara förändringar i själva verksamheten, väcks en större fråga om hur samhällets utveckling hänger ihop med psykiatrin (och inte minst tvärtom). Det är omtvistat huruvida hälso- och sjukvård bidrar till ekonomisk tillväxt. I Adam Szirmais analys, betonar han vikten av sjukvård som investering i human kapital.⁵⁶ Vidare framhävs ofta den demografiska transitionen, dvs. att barnadödlighet minskar och befolkningen därmed ökar och även blir äldre som en väsentlig del av den ekonomiska tillväxten från 1800-talet.⁵⁷ Således är hälsa något som hör ihop med ökad ekonomisk tillväxt, men den har också andra högre mål. I Thomas Pikettys ord:

*”i alla mänskliga samhällen har hälsa och utbildning ett egenvärde: att få åtnjuta
är av god hälsa är, liksom förmågan att förvärva kunskap och kultur, ett av
civilisationens främsta mål”.⁵⁸*

Piketty problematiserar sedan att sjukvård definieras som investering i humankapital då detta räknas i nationalräkenskaper som konsumtion.⁵⁹ Denna diskussion berör oftare den somatiska delen av medicin då psykiatriska patienters omhändertagande ofta är av en annan typ. Det är dessutom viktigt att påpeka att våld inte är något som kan bortses ifrån och under studieperioden fördes diskussion om hur patienter dömda till vård borde hanteras.⁶⁰ Våldsutövande kan ses också som något som staten monopoliserar⁶¹ för att genomföra tvångsvård på psykiskt sjuka vilket innan utfördes i hemmet av familjemedlemmar. Utöver vård i hemmet är det viktigt att det fanns flera frivilliga organisationer som erbjöd olika former av socialt stöd som senare kom att ingå i statens uppdrag.⁶²

⁵⁶ Szirmai, 2015

⁵⁷ Deaton, 2013; Dribe & Tegunimataka, 2020; Fogel 2004; Szirmai, 2015.

⁵⁸ Piketty, 2015: s. 320

⁵⁹ Sandelin, 2014, sidor 33-42 behandlar konsumtion och diskuteras att sjukvård kan vara del av hushållens konsumtion eller offentlig dvs. skattefinansierat.

⁶⁰ Schlaug, 1989

⁶¹ Enligt Max Weber kan denna monopolisering ses som en av de grundläggande definitionerna av staten (Weber, 1996 [1919]: sida 120).

⁶² Enbom & Fellman, 2019

Huruvida staten utvecklar organisationer är svårgripbart, men när staten växer ökar de tjänster och skyldigheter staten utför och vid industrialisering ökar statens betydelse för ekonomin generellt.⁶³ En relevant teori är den som North, Wallis och Weingast (NWW ramverket) formulerade under 2009.⁶⁴ Denna tes tar upp institutionell teori och kan användas för att förstå makrohistoriska skeenden där samhälle går från ett s.k. naturligt tillstånd (det som råder innan modern tid) till "open access order" (dvs. öppet samhälle med rättssäkerhet). Denna transition består av flera steg som kopplas till hur organisationer och institutioner formaliseras och utvecklas över tid. Moderniseringen under 1800-talet är inte bara fråga om tillväxt som sker på något mystiskt sätt, utan en ökad reglering och formalisering påverkar organisationer i den grad att dessa växer i storlek och stabilitet. Detta stämmer in på att psykiatri var en form av proto-organisation i början av 1800-talet för att sedan formaliseras under seklet till att vara del av statsapparaten. Detta innebär i sin tur att lagarna omformas allt eftersom och gör att tillgången till offentlig sjukvård ökar. Enligt teorins termer var Sverige vid den här tiden på väg in i *open access order* och den psykiatriska vården byggdes upp för att kunna fullfölja statens uppdrag att erbjuda vård på rättssäker grund. Från att anhöriga och socknen skulle ha fullt ansvar tog staten en mera formell roll i omhändertagande av psykiskt sjuka samtidigt som lagen tydliggjordes. Lagen som antogs i 1901 efter några års förberedelse beskriver tydligare hur rättssäkerhet för de intagna skulle regleras i praktiken.⁶⁵

Huruvida psykiatri alltid skulle kunna passa in i NWW ramverket med samma roll är dock tvetydigt då det har historiskt skild sig en del hur och när psykiatri i den form som den bedrivs i Sverige och övriga nordiska länder har införts. I Kina var läkaren John G. Kerr (1824–1901) från USA instrumentell för införande av första sinnessjukhuset i 1898 och detta var i första hand en del av missionär arbete.⁶⁶ Han verkade i Kanton som var en av få städer som var öppna för utlänningar i Kina medan större delen av landet var relativt stängd som skulle dock kunna igen hänföras tillbaka till NWW-ramverket att institutionerna och organisationerna var inte i läge att psykiatri skulle bli integrerat del av samhället då Kina skulle i ramverket betraktas snarare som i *natural state* dvs. innan utvecklat industriellt samhälle med rättssäkert juridiskt system.

⁶³ Fellman & Ottosson, 2020.

⁶⁴ North, Wallis & Weingast, 2009.

⁶⁵ Schlaug, 1989: s. 43-44.

⁶⁶ Szto, 2014.

I slutändan är det viktigt att tolka mikrohistoriska studier som denna som en del av det större förloppet⁶⁷ och då bör man hålla i minnet att innerliggande vård nog växte fram till 1960-talet men minskade efter det. Under 1920-talet och 1930-talet började psykoterapi och öppenvård bli alltmera viktiga områden som utvecklades där den rådande synen och behandlingsfokus flyttades ut från själva hospitalen.⁶⁸ Andra idéströmningar som började ta fäste under tiden var snarare en motsatt idé om sinnessjukas värde i samhället. Daniel Pick's klassiska bok om begreppet degeneration och dess idéhistoriska rötter i 1800-talet beskriver hur tankar om urartning ledde till att synen på psykiatriska patienter blev alltmer pessimistisk.⁶⁹ Detta fick stora konsekvenser för psykiatriska patienter i Sverige från 1930-talet när steriliseringar infördes som kunde utföras under tvång⁷⁰ samt experiment där psykiatriska patienter inkluderades utan deras samtycke⁷¹. Denna idéströmning av rashygien ledde även till att sinnessjuka avlivades i Tyskland under 1930 och 1940-talen.⁷² Från 1960-talet började dock slutenvården ändras alltmera som Wikströms avhandling "*Att skriva ut sig*" beskriver ingående om den utveckling som skedde från 1960-talet till 1990-talet. Wikström tar upp hur avinstitutionalisering kan vara missvisande och begreppet neo-asylumera fånga utvecklingen bättre då vården mer gick över till att patienter bor i samhället, men fortfarande följs upp utan att vården upplöstes.⁷³

VIII. Slutsatser

Utifrån data som insamlades och analyserades i relation till tidigare forskning och teoretisk litteratur kan man konstatera att perioden från 1800-talets sista decennier till första världskriget utgjorde en början på en ny period i psykiatrins historia där psykiatrin blev en allt större del av samhället. Registerstudier som denna kan ge inblick i hur ändringarna ser ut, även om mönstren huvudsakligen ger en bild av rätt blygsamma förändringar. I själva verket

⁶⁷ Det som Georg Christ tar upp är att det är viktigt att kunna analysera en mindre del av ett forskningsområde på specialiserad nivå men det kan skapa risk för att inte kunna se den större bilden (Christ, 2020).

⁶⁸ Se t ex Qvarsell, 1995, för psykoterapins inträde i Sverige från debatt i 1900-talets första decennium till 1930-talets införande samt Qvarsell, 1997, för öppenvårdens införande eller som fenomenet benämndes i samtiden, mentalhygienrörelsen.

⁶⁹ Pick, 1989.

⁷⁰ Björkman, 2011; Broberg & Tydén, 2005; Jönsson, 1997.

⁷¹ Ett experiment som kan nämnas är att 9 manliga patienter under åren 1933–1934 blev avsiktligt infekterade med klamydiabakterien på Beckomberga i Stockholm utan någon behandlingstanke eller ens klar vetenskaplig frågeställning (Eklöf, 2019).

⁷² Sheffer, 2018.

⁷³ Wikström, 2018: s. 234.

kan förändringarna inte tolkas utanför samhällets allmänna utveckling där professionalisering och institutionalisering samverkar med ekonomisk tillväxt och andra samhällsströmningar. I ett större sammanhang är det viktigt att psykiatrins historia studeras utifrån olika synpunkter och att en längre tidsperiod som inkluderar flera vårdinrättningar skulle kunna ge en helhet av hur verksamheten har ändrats över åren.

IX. Författarens tack

Jag vill gärna tacka min handledare professor Susanna Fellman med tålamod att hjälpa mig med kloka synpunkter samt Urban Norén för att läsa över språket i uppsatsen. Sedan inte minst kollegor och andra som jag har diskuterat psykiatrins historia med i tid och otid.

X. Summary in English

From around 1800 to the end of the twentieth century, mental healthcare grew from unorganized, improvised home care and, more rarely, ecclesiastical care to being one of the basic public services. During this period, the practice of psychiatry professionalized and psychiatric symptoms were medicalized. A turning point in this development was the expansion of psychiatric care facilities around 1900. Thus, this thesis uses digitized data from annual reports from four hospitals in Sweden during the period 1890–1910 in order to investigate changes in admission patterns. More specifically, whether admission rates differed in men and women, residence in rural or urban areas, rates of discharge to home and if patient labour output could be an incentive for admission. The available reports show a small difference in admission rate between the sexes as well as reduced difference between rural and urban residence, however, the annual proportion that was discharged decreased. Annual output of work was similar in the beginning and at the end of the period. The main conclusion is that administrative register data can be used to study mental hospitals in Sweden at the beginning of the 1900's. However, the results have to be interpreted in the historical context during which the reports were written.

XI. Käll- och litteraturförteckning

X.1 Arkivkällor

Medicinalstyrelsens årsrapporter för åren 1891–1910 för Göteborgs Hospital, Härnösand Hospital, Konradsberg, Nyköping Hospital och Kristinehamn Hospital. Finns digitalt tillgängliga: <https://sok.riksarkivet.se/medicinalstyrelsen>.

X.2 Tryckta källor

Guinchard J. (1915). *Sveriges Land och Folk. Historisk-Statistisk Handbok. 2° upplaga, första del*. Kungliga Boktryckeriet/P. A. Norstedt & Söner, Stockholm, Sverige. Finns online: <https://runeberg.org/sverig15/1/0291.html> och var sist besökt 20210731.

X.3 Litteratur

Agerberg M & Åsberg M. (2003). *Tre epoker i svensk psykiatri*, kapitel i *Ett sekel med läkaren i fokus* red. Jöstrand NO. Sveriges Läkarförbund, Stockholm, Sverige.

Andersson-Skog L, Broberg O, Edvinsson R, Enflo K & Lilja K. (2020). *Om teorier inom ekonomisk historia*, kapitel i *Vad är ekonomisk historia?* red. Andersson-Skog L, Broberg O, Edvinsson R, Enflo K, Lilja K. Studentlitteratur, Lund, Sverige.

Andersson-Skog L & Magnusson L. (2018). *Svenskt näringsliv. Industrins framväxt 1864–1914*. Dialogos, Stockholm, Sverige.

Appelquist M. (2019). *Insania simplex. Empiriska studier av psykisk sjukdom kring förra sekelskiftet*. Doktorsavhandling vid Lunds Universitet, Sverige.

Appelquist M, Brådvik L, Ottosson I, Åsberg M. As good as it gets: an empirical study on mentally-ill patients and their stay at a general hospital in Sweden, 1896–1905. *History of Psychiatry* 2019; 30: 205-226.

Berg A. (2018). *De samhällsbesvärliga. Förhandlingar om psykopati och kverulans i 1930- och 40-talens Sverige*. Makadam, Göteborg/Stockholm, Sverige.

Björkman M. (2011). *Nils von Hofsten, eugeniken och steriliseringarna 1909-1963*. Arkiv förlag, Lund, Sverige.

Broberg G & Tydén M. (2005). *Oönskade i folkhemmet. Raskhygien och sterilisering i Sverige, 2^{dra} upplaga*. Dialogos, Stockholm, Sverige.

Brockman A-M. (1994). *Göteborgs hospital S:t Jörgen. Psykiatriskt sjukhus i Västsverige: en minnesbok*. Bohusläns museum, Uddevalla, Sverige.

Chandler AD jr. (1990). *Scale and scope. The dynamics of industrial capitalism*. Harvard University Press, Massachusetts, USA.

Chang H. (2012). *Is water H2O? Evidence, realism and pluralism*. Springer, New York, USA.

Chang H. (2004). *Inventing temperature. Measurement and scientific progress*. Oxford University Press, New York, USA.

Christ G. (2020). *Origins of capitalism I. Transcultural trade or pepper travelling from India to England*, kapitel i *History and economic life. A student's guide to approaching economic and social history sources*, red. Christ G & Rössner PR. Routledge, New York, USA.

- Deaton A. (2013). *The great escape. Health, wealth, and the origins of inequality*. Princeton University Press, New Jersey, USA.
- Decker H. (2013). *The making of DSM-III. A diagnostic manual's conquest of american psychiatry*. Oxford University Press, Oxford, England.
- Dribe M & Tegunimataka. (2020). *Befolkning och ekonomi – om demografisk förändring och samhällsutveckling*, kapitel i *Vad är ekonomisk historia?* red. Andersson-Skog L, Broberg O, Edvinsson R, Enflo K, Lilja K. Studentlitteratur, Lund, Sverige.
- Eggeby E. (1996). *Vandringsman, här ser du en avmålning av världen. Vårdade, vård och ekonomi på Danvikens dårhus 1750-1861*. Almqvist & Wiksell International, Stockholm.
- Eivergård M & Jönsson L-E. (1997). *Anstaltens idé och praktik – Om sekelskiftets sinnessjukvård*, kapitel i *Hur skall själen läkas?* red. Eriksson BE & Qvarsell R. Natur och kultur, Stockholm, Sverige.
- Eklöf M. (2019). *Infekterad psykiatri. Experiment på Beckomberga sjukhus 1933-1934*, kapitel i *Medicinska moraler och skandaler. Vetenskapens (etiska) gränser*, red. Eklöf M. Carlssons Bokförlag, Stockholm, Sverige.
- El-Hai. (2005). *The lobotomist. A maverick medical genius and his tragic quest to rid the world of mental illness*. John Wiley & Sons, New Jersey, USA.
- Enbom L & Fellman S. Nödhjälp eller skapandet av ett ideal-samhälle? Filantropisk verksamhet i lokalsamhället under mellankrigstiden. *Historisk Tidskrift för Finland* 2019; 104: 353-392.
- Engstrom EJ. (2003). *Clinical psychiatry in imperial Germany. A history of psychiatric practice*. Cornell University Press, New York, USA.
- Ernst W (redaktör). (2016). *Work, psychiatry and society, c. 1750-2015*. Manchester University Press, Manchester, England.
- Fellman S & Ottosson J. (2020). *Staten och statens roller – om staten, samhällsekonomin och regleringsregimer*, kapitel i *Vad är ekonomisk historia?* red. Andersson-Skog L, Broberg O, Edvinsson R, Enflo K, Lilja K. Studentlitteratur, Lund, Sverige.
- Fitzharris L. (2017). *The butchering art. Joseph Lister's quest to transform the grisly world of Victorian medicine*. Allen Lane, England.
- Fogel RW. (2004). *The escape from hunger and premature death, 1700-2100. Europe, America and the third World*. Cambridge University Press, Cambridge, England.
- Gilje N & Grimen H. *Samhällsvetenskapernas förutsättningar. 3. upplaga*. Daidalos, Göteborg, Sverige.
- Goetz T. (2014). *The remedy. Robert Koch, Arthur Conan Doyle and the quest to cure tuberculosis*. Gotham Books, Penguin Group, New York, USA.
- Goldstein J. (1987). *Console and classify. The French psychiatric profession in the nineteenth century*. The University of Chicago Press, Chicago, USA.
- Harding G. (1975). *Tidig svensk psykiatri*. Verbum, Stockholm, Sverige.
- Jakobsson S. (1989). *En fattighusinrättning föds, lever och dör*, kapitel i *I samhällets utkant. Ur Stockholms sociala historia*, red. Thim O. Tidens Förlag, Stockholm, Sverige.
- Jersild PC. (2015). *Den stökiga psykiatrin. Minnen, samtal, tankar*. Fri tanke, Stockholm, Sverige.
- Johannisson K. (2009). *Melankoliska rum. Om ångest, leda och sårbarhet i förfluten tid och nutid*. Albert Bonniers Förlag, Stockholm, Sverige.

- Johannisson K. (1997). *Kroppens tunna skal. Sex essäer om kropp, historia och kultur*. Norstedts, Stockholm, Sverige.
- Jönsson U. (1997). *Rådgivning, rashygien och sterilisering*, kapitel i *Hur skall själen läkas?* red. Eriksson BE & Qvarsell R. Natur och kultur, Stockholm, Sverige.
- Kuhn T. (1996). *The structure of scientific revolutions. 3rd edition*. The University of Chicago Press, Chicago, USA.
- Latour B. (1988). *The pasteurization of France*. Harvard University Press, Cambridge, USA.
- Lave J & Wenger E. (1991). *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge University Press, Cambridge, England.
- Lave J. (2019). *Learning and everyday life. Access, participation, and changing practice*. Cambridge University Press, Cambridge, England.
- Lerner H. (2012). *Virchow*, kapitel i *Filosofi och medicin. Från Platon till Foucault*, red. Nordenfelt L. Thales, Stockholm, Sverige.
- Lewens T. (2015). *The meaning of science*. Penguin, London, England.
- Magnusson L. (2016). *Svensk ekonomisk historia 6. upplaga*. Studentlitteratur, Lund, Sverige.
- Möller P. (2019). *Hemligheternas värld. Bror Gadelius och psykiatrins genombrott i det tidiga 1900-talets Sverige*. Avhandling vid Göteborgs Universitet, Sverige.
- Nordin S. (2019). *Sveriges moderna historia*. Natur och kultur, Stockholm, Sverige.
- Norström Å. (2020). *Vården och staten. Källor till hälso- och sjukvårdens historia från medeltid till 1967*. Skrifter utgivna av Riksarkivet 42, Sverige.
- North DC. (1990). *Institutions, institutional change and economic performance*. Cambridge University Press, Cambridge, England.
- North DC. (2005). *Understanding the process of economic change*. Princeton University Press, New Jersey, USA.
- North DC, Wallis JJ & Weingast BR. (2009). *Violence and social orders. A conceptual framework for interpreting recorded human history*. Cambridge University Press, Cambridge, England.
- Parys M. *Introduction to mental illness in Ancient Mesopotamia* (2014). Conference: Rencontre Assyriologique Internationale. Warsaw. DOI: 10.13140/2.1.4830.1443
- Parry-Jones WL. (1972). *The trade in lunacy. A study of madhouses in England in the eighteenth and nineteenth centuries*. Routledge [2007], London, England.
- Pick D. (1989). *Faces of degeneration. A European disorder, c. 1848-1918*. Cambridge University Press, Cambridge, England.
- Piketty T. (2015). *Kapitalet i tjugoförsta århundradet*. Karneval Förlag, Stockholm, Sverige.
- Qvarsell R. (1997). *Mentalhygien och psykisk hälsovård*, kapitel i *Hur skall själen läkas?* red. Eriksson BE & Qvarsell R. Natur och kultur, Stockholm, Sverige.
- Qvarsell R. Tore Sandström och psykoterapiens historia. *Lychnos* 1995: 115-144.
- Qvarsell R. (1982). *Ordning och behandling. Psykiatri och sinnessjukvård i Sverige under 1800-talets första hälft*. Avhandling vid Universitetet i Umeå. Almqvist & Wiksell International, Stockholm, Sverige.

- Rider C. (1999). *En introduktion till ekonomisk historia - Kapitalismens bakgrund och utveckling i främst Västeuropa, USA och Japan*. Liber, Malmö, Sverige.
- Riving C. (2008). *Icke som en annan människa. Psykisk sjukdom i mötet mellan psykiatrin och lokalsamhället under 1800-talets andra hälft*. Gidlunds, Hedemora/Möklinta, Sverige.
- Riving C., Møllerhøj J. & Sonne P. Psykiatriska perspektiv. Arvet efter Foucault i skandinavisk och internationell psykiatrichistoria. *Scania* 2006; 72: 7-11.
- Roncaglia A. (2005). *The wealth of ideas. A history of economic thought*. Cambridge University Press, Cambridge, England.
- Sandelin B. (2014). *Vad är BNP? Andra upplaga*. Studentlitteratur, Lund, Sverige.
- Schlaug R. (1989). *Psykiatri. Lag och samhälle*. Askelin och Hägglund, Stockholm, Sverige.
- Schön L. (2014a). *En modern svensk ekonomisk historia. Tillväxt och omvandling under två sekler 4. upplaga*. Studentlitteratur, Lund, Sverige.
- Schön L. (2014b). *Vår världs ekonomiska historia. Den industriella tiden. Del II*. Studentlitteratur, Lund, Sverige.
- Scull A. (2019). *Psychiatry and its discontents*. University of California Press, California, USA.
- Scull A. (2015). *Madness in civilization. A cultural history of insanity from the bible to Freud, from the madhouse to modern medicine*. Thames & Hudson, London, England.
- Sheffer E. (2018). *Asperger's children. The origins of autism in Nazi Vienna*. WW Norton & Company, New York, USA.
- Shorter E. (1997). *A history of psychiatry. From the era of the asylum to the age of Prozac*. John Wiley & sons, New York, USA.
- Skagius P & Nelson KZ. Den konstanta oron. Barns och ungas psykiska ohälsa i svensk dagspress 1968-2008. *Scandia* 2021; 86: 32-59.
- Sköld P. (2005). *Kampen mot kopporna - preventivmedicinens genombrott*, kapitel i *Svenska folkets hälsa i historiskt perspektiv* red. Sundin J, Hogstedt C, Lindberg J och Moberg H. Statens Folkhälsoinstitut, Sverige.
- Stanfors M. (2007). *Mellan arbete och familj. Ett dilemma för kvinnor i 1900-talets Sverige*. SNS förlag, Stockholm, Sverige.
- Steingrímsson S, Carlsen HK, Sigfússon S, Magnússon A. The changing gender gap in substance use disorder: a total population-based study of psychiatric in-patients. *Addiction* 2012; 107: 1957-62.
- Svennerlind C. (2009). *Tillräknelighet i svensk rätt*, kapitel i *Tillräknelighet* red. Radovic S & Anckarsäter H. Studentlitteratur, Lund, Sverige.
- Szirmay A. (2015). *Socio-economic development, andra upplaga*. Cambridge University Press, Cambridge, England.
- Szto P. (2014). *Psychiatric space and design antecedents: The John G. Kerr refuge for the insane*, kapitel i *Psychiatry and Chinese History*. Pickering & Chatto, London, England.
- Tengland P-A (2012). *Foucault*, kapitel i *Filosofi och medicin. Från Platon till Foucault*. Red. Nordenfelt L. Thales, Stockholm, Sverige.
- Turley D. (2000). *Slavery*. Blackwell Publishers, Oxford, England.

- Uddenberg N. (2015). *Lidande och läkedom II. Medicinens historia från 1800–1950*. Fri Tanke, Stockholm, Sverige.
- Uddenberg N. (2012). *Linné och mentalsjukdomarna*. Atlantis, Stockholm, Sverige.
- Weber M. (1996 [ursprungligen 1919]). *Mennt og máttur*. Hið Íslenska Bókmenntafélag, Reykjavík, Island.
- Wenger E. (1998). *Communities of Practice: Learning, Meaning, and Identity*. Cambridge University Press, Cambridge, England.
- Wikström F. (2018). *Att skriva ut sig. Nya terapeutiska miljöer och tvångsvårdade patienters subjektformering 1967-1992*. Arkiv förlag, Lund, Sverige.

XII. Appendix

XI.1 Appendix I

Tabell A1. Årliga medeltal för uppgivna perioder för de som var vårdades vid Göteborgs Hospital (spann i parantes)

	1891-1895	1896-1900	1901-1905	1906-1910
År som fattas	1891 (<i>antal finns</i>)	1897 (<i>antal finns</i>)	-	1908, 1910
Vårdade	174 (170-178)	172 (168-175)	195 (176-232)	231 (227-235)
Män	87 (83-91)	87 (86-88)	99 (88-117)	118 (115-123)
Kvinnor	86 (86-87)	86 (84-88)	96 (87-115)	113 (112-115)
Inskrivna	62 (46-77)	67 (40-111)	81 (20-144)	109 (80-157)
Från land	41 (35-52)	42 (26-68)	28 (6-45)	32 (23-45)
Från stad	20 (11-27)	25 (14-43)	13 (2-21)	18 (8-25)
Utskrivna	62 (42-81)	68 (37-118)	38 (13-59)	59 (40-81)
Varav bättre	31 (25-34)	34 (27-46)	26 (8-42)	27 (23-34)
Varav döda	10 (8-11)	9 (4-11)	9 (3-16)	14 (11-17)
Arbetsdagar	18 039	20 031	22 085	25 454
	(17 578-18 553)	(19 180-20 441)	(20 725-24 864)	(23 605-28 427)
Män	9 276	11 253	12 391	13 745
	(8 913-9 718)	(9 707-11 995)	(11 582-12 918)	(11 795-17 279)
Kvinnor	8 763	8 778	9 694	11 709
	(8 278-9 073)	(8 156-9 473)	(8 217-12 120)	(11 148-12 170)
Per vårdad	103 (99-106)	117 (114-120)	114 (105-122)	110 (102-121)

Tabell A2. Årliga medeltal för uppgivna perioder för de som var vårdades vid Konradsberg (spann i parantes)

	1891-1895	1896-1900	1901-1905	1906-1910
År som fattas	1891 & 1893	1900	1902-1905	1906-1909
Vårdade	258 (237-268)	269 (268-270)	251 (ett år)	265 (ett år)
Män	145 (145-146)	146 (145-147)	125 (ett år)	125 (ett år)
Kvinnor	122 (122-123)	123 (123-123)	126 (ett år)	140 (ett år)
Inskrivna	83 (78-92)	57 (38-75)	47 (ett år)	121 (ett år)
Från land	31 (23-43)	17 (8-27)	11 (ett år)	33 (ett år)
Från stad	53 (49-57)	40 (28-48)	39 (ett år)	65 (ett år)
Utskrivna	62 (47-78)	56 (37-74)	48 (ett år)	103 (ett år)
Varav bättre	24 (20-29)	22 (15-31)	30 (ett år)	36 (ett år)
Varav döda	14 (10-12)	18 (10-31)	12 (ett år)	11 (ett år)
Arbetsdagar	24 657	24 416	29 643	22 698
	(23 419-25 514)	(23 684-24 973)	(ett år)	(ett år)
Män	13 191	13 051	13 558	11 966
	(13 027-13 344)	(12 892-13 301)	(ett år)	(ett år)
Kvinnor	11 466	11 365	16 085	10 732
	(10 217-12 170)	(10 679-11 692)	(ett år)	(ett år)
Per vårdad	96 (87-108)	91 (88-92)	118 (ett år)	86 (ett år)

Tabell A3. Årliga medeltal för uppgivna perioder för de som var vårdades vid Härnosand Hospital (spänn i parantes)

	1891-1895	1896-1900	1901-1905	1906-1910
År som fattas	<i>1891</i>	<i>1899</i>	-	<i>1906-1908 & 1910</i>
Vårdade	222 (215-227)	229 (228-229)	225 (224-228)	247 (ett år)
Män	114 (109-116)	117 (116-117)	115 (114-117)	131 (ett år)
Kvinnor	109 (105-111)	112 (112-113)	110 (109-111)	116 (ett år)
Inskrivna	58 (36-71)	37 (33-44)	47 (33-69)	73 (ett år)
Från land	53 (30-64)	32 (29-38)	37 (23-47)	58 (ett år)
Från stad	6 (3-7)	6 (5-6)	5 (3-10)	8 (ett år)
Utskrivna	55 (34-72)	37 (24-44)	42 (30-51)	28 (ett år)
Varav bättre	30 (23-38)	26 (22-34)	30 (18-42)	15 (ett år)
Varav döda	11 (8-14)	10 (7-13)	9 (5-16)	11 (ett år)
Arbetsdagar	20 253	23 785	36 945	41 312
	(19 170-21 065)	(22 164-26 808)	(33 215-39 608)	(ett år)
Män	9 918	11 346	18 264	20 079
	(9 347-10 230)	(10 615-11 847)	(16 054-20 220)	(ett år)
Kvinnor	10 336	12 440	18 681	21 233
	(9 823-10 854)	(11 255-14 961)	(17 161-19 388)	(ett år)
Per vårdad	90 (85-95)	104 (97-117)	164 (148-176)	167 (ett år)

Tabell A4. Årliga medeltal för uppgivna perioder för de som var vårdades vid Kristinehamn Hospital (spänn i parantes)

	1891-1895	1896-1900	1901-1905	1906-1910
År som fattas	<i>1891</i>	<i>1899</i>	-	<i>1906, 1908 & 1910</i>
Vårdade	299 (285-310)	304 (299-306)	311 (302-318)	522 (332-712)
Män	155 (149-159)	154 (149-156)	160 (151-168)	265 (170-359)
Kvinnor	144 (136-152)	150 (149-151)	151 (150-153)	258 (162-353)
Inskrivna	102 (85-126)	77 (54-100)	37 (16-57)	106 (38-174)
Från land	91 (78-111)	67 (44-85)	28 (9-45)	72 (24-119)
Från stad	11 (5-15)	10 (6-15)	5 (1-13)	22 (10-33)
Utskrivna	100 (73-141)	75 (53-87)	33 (11-54)	55 (23-87)
Varav bättre	49 (41-54)	44 (31-54)	25 (9-42)	28 (6-50)
Varav döda	9 (7-11)	7 (4-11)	5 (2-7)	27 (16-37)
Arbetsdagar	50 604	50 542	46 581	63 072
	(44 351-55 019)	(48 414-53 144)	(44 093-48 891)	(47 533-78 610)
Män	31 442	30 438	26 762	33 610
	(26 672-35 052)	(27 648-32 369)	(26 001-28 227)	(26 012-41 207)
Kvinnor	19 162	20 104	19 819	29 462
	(17 679-19 967)	(18 237-20 905)	(18 092-20 664)	(21 521-37 403)
Per vårdad	168 (149-188)	167 (159-174)	150 (139-162)	127 (110-143)

XI.2 Appendix II

Enligt Årsrapport från Härnösand Hospital var meny från 1891 för andre och tredje klass patienter (och fortfarande giltig 1899) nedanstående.

	Söndag	Måndag	Tisdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lördag
Frukost	25 g smör, 33 cl mjölk, 210 g rågbröd						
Middag	240g nötkött 0,50L potatis Sås: 5g pepparrot, 5g vetemjöl, 5g smör. Soppa, kokt på köttet med 10g vete + för 0,02 kr grönsaker 140g rågbröd	200g sill 15cl gröna ärter 5 g smör 2g socker Risgrynsvälli ng: 40cl mjölk, 40g risgryn, 10g vete, 140g rågbröd	240g färskt kött 10g gryn 10g vete 0,10L kålrötter 0,50L potatis samt för 0,01 kr andra grönsaker 140 rågbröd	250g strömming, 0,50L Potatis Sås: 0,15L mjölk, 5 g smör, 5 g vete, Ölsupa: 0,30L mjölk, 0,30L dricka, 15 g vete, 0,03L sirap 140g rågbröd	Samma som tisdag + pepparrotsså s lika med söndag 140g rågbröd	0,15L gula ärter 170g fläsk 140g rågbröd	240g salt kött, 0,50L potatis Soppa av spadet 15g gryn, 15g vete 0,15L kålrötter
Kvällsmat	Korngrynsgröt med mjölk: 130g korngryn, 33 cl oskummad mjölk.						
Extra	0,70 l. dricka, 10 gm salt För arbetande: män = 60 g amerikanskt fläsk kvinnor= 1 kopp kaffe med socker/grädde + 40g veteskorpor						